

第3号様式

野田市指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所指定変更届出書

年 月 日

(宛先)野田市長

所在地
届出者 名称
代表者氏名



次のとおり指定を受けた内容を変更したので届け出ます。

		介護保険事業所 番号	
指定内容を変更した事業所(施設)		名 称	
		所在地	
サービスの種類			
変更があった事項		変 更 の 内 容	
1	事業所又は施設の名称	(変更前)	
2	事業所又は施設の所在地又は施設の開設の場所		
3	申請者の名称又は開設者の名称		
4	主たる事務所の所在地		
5	代表者の氏名、住所、生年月日及び職名		
6	登録事項証明書又は条例等（当該事業に関するものに限る。）		
7	事業所又は施設の建物の平面図、設備の概要等		
8	事業所又は施設の管理者の氏名、生年月日及び住所	(変更後)	
9	利用者の定員		
10	運営規程		
11	連携する訪問看護を行う事業所の名称及び所在地		
12	協力医療機関及び協力歯科医療機関の名称、契約の内容等		
13	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、病院等との連携体制及び支援の体制の概要		
14	本体施設の概要及び当該本体施設との間の移動の経路等		
15	併設施設の状況等		
16	介護支援専門員(計画作成担当者)の氏名及びその登録番号		
17	その他の事項		
変 更 年 月 日		年 月 日	

備考

- 1 該当項目番号に○を付してください。
- 2 変更内容が分かる書類を添付してください。